



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

“Dificultades y evolución escolar en jóvenes con trastornos graves de salud mental”

“Difficulties and school evolution in young people with severe mental health disorders”

Autor/es

Nuria Carrera Torrens

Director/es

Nuria del Olmo Vicen

Facultad de las Ciencias Sociales y del Trabajo, Zaragoza.

2019/2020

ÍNDICE DE CONTENIDO

Introducción	5
Justificación	6
Objetivos	7
Objetivo general	7
Objetivos específicos	7
Marco teórico	8
Trabajo social y salud mental	8
Jóvenes y salud mental	11
Marco legislativo	17
Principales trastornos de salud mental infanto-juvenil.	19
Alumnos con necesidades específicas de apoyo educativo (acneae).	24
Metodología de la investigación	26
Recogida y análisis de datos	27
Resultados	28
Conclusiones	32
Bibliografía	33
Anexos	35

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Principales diferencias entre el concepto de "salud mental" y "enfermedad mental" __	11
Tabla 2. Mitos y realidades en salud mental. _____	12
Tabla 3. Afectación en TEA _____	22
Tabla 4. Clasificación AcNEAE y AcNEE _____	24

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración I. Patología atendida en el Área V (USMIJ Actur-Sur). Motivo de consulta. Años 98/99 _____	14
Ilustración II. Diagnósticos CIE (Clasificación Internacional de enfermedades) -10 primeras visitas USMIJ Teruel (Área IV). Años 98/99 _____	15
Ilustración III. Evolución de la asistencia Infanto-Juvenil en el SSM de Aranjuez en los últimos años. _____	16
Ilustración IV. Alumnado con Necesidad Específica de Apoyo Educativo en Aragón. Curso 2017-1018 ____	25

RESUMEN

La investigación del presente trabajo de fin de grado se ha realizado con el fin de conocer las dificultades y oportunidades que tienen los jóvenes con trastornos mentales graves a lo largo de su trayectoria escolar obligatoria y post-obligatoria. El interés surge a raíz de que el número de jóvenes que presentan patologías mentales va en aumento y como a pesar de esta situación, sigue siendo un tema tabú en nuestra sociedad. Estos niños/jóvenes recorren un camino lleno de obstáculos y dificultades para poder llevar una vida compaginada entre lo escolar y lo terapéutico. Por este motivo, es necesaria una educación inclusiva eficiente, para garantizar la igualdad al derecho educativo.

La metodología utilizada para la realización del trabajo ha sido de tipo cualitativa, mediante la realización de entrevistas on-line y la revisión bibliográfica de datos secundarios.

PALABRAS CLAVE

Salud mental, jóvenes, trastornos graves mentales, AcNEAE, educación.

ABSTRACT

The research of this final degree project has been carried out in order to know the difficulties and opportunities that young people with serious mental disorders have throughout their compulsory and post-compulsory school career. The interest arises from the fact that the number of young people who present mental pathologies is increasing and as despite this situation, it continues to be a taboo subject in our society. These children / young people travel a path full of obstacles and difficulties in order to lead a life that is combined between school and therapy. For this reason, an efficient inclusive education is necessary to guarantee equality of educational rights.

The methodology used to carry out the work has been qualitative, through on-line interviews and the bibliographic review of secondary data.

KEYWORDS

Mental health, youth, severe mental disorders, AcNEAE, education.

INTRODUCCIÓN

El Trabajo Social es una disciplina que abarca numerosas problemáticas sociales. A nivel general, tiene como objetivo de estudio al individuo y al medio con el que se relaciona. Este concepto, trasladado al campo de la salud mental, define la intervención con personas que tienen problemas de salud mental y con sus familias; potenciando sus capacidades y utilizando los recursos sociales necesarios con la finalidad de mantener las cuotas más altas de calidad de vida. Es necesario comprender los profesionales del trabajo social clínico tratan con personas que padecen una enfermedad, y no con una enfermedad que está en el paciente (Becerra & Kennel, 2008).

El concepto de trabajo social clínico (TSC) está compuesto por tres acepciones distintas. La primera, hace referencia a la formación adecuada y realización de la práctica clínica por parte del trabajador social, al que se le denomina trabajador social clínico, o únicamente clínico. La segunda, hace referencia al conjunto de manifestaciones del malestar psicosocial del paciente que solicita ayuda. Y, por último, la intervención directa con el paciente, denominado acontecer clínico o práctica clínica (Tellaache Ituarte, 2017).

En este caso se va a abordar el TSC en el ámbito de la salud mental con niños y jóvenes. Si por algo se destaca la etapa de niñez y adolescencia es por ser una etapa crítica que sufre constantes cambios tanto en su desarrollo físico, psíquico como social. Por este motivo, es importante considerar esta etapa de desarrollo como un periodo de riesgo en el cual pueden aparecer síntomas y enfermedades (Garcés Trullenque, 2017, como se citó en Tellaache Ituarte, 2017).

Según la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) en 2017, 1 de cada 100 niños presentaban problemas de salud mental. El incremento de enfermedades mentales en edades tempranas es cada vez mayor, pero según el doctor Celso Arango, responsable del área de hospitalización del Hospital Gregorio Marañón sobre psiquiatría infantil y adolescente, este incremento se debe a la existencia de una mayor detección de dichas enfermedades.

En el presente trabajo, se ha querido investigar sobre la estrecha relación existente entre los trastornos mentales graves y las dificultades y oportunidades que ofrece el sistema educativo español en niños y jóvenes que los padecen. El impacto que el Trastorno Mental Grave (en lo sucesivo TMG) tiene en la vida académica de un niño y/o adolescente se convierte en un elemento que condiciona enormemente la vida académica de un alumno. El trastorno mental altera tanto el rendimiento académico como al ámbito relacional de la persona, por lo que entender cómo se definen estas alteraciones se convierte en una necesidad para atender educativamente al alumnado que presenta TMG (Rodríguez-Martín, A., 2017).

Tras la introducción encontramos la justificación del tema elegido y los objetivos a alcanzar con dicha investigación. A continuación, aparece el marco teórico donde se describe la evolución histórica del trabajo social en el ámbito de la salud; la relación existente entre la salud mental y los niños/jóvenes; el marco legislativo tanto sanitario como educativo referente al tema escogido; los principales TGM en niños y jóvenes y las limitaciones que supone padecer una patología en la etapa escolar obligatoria y post-obligatoria y el concepto de ACNEAE (Alumnado con Necesidad Específica de Apoyo Educativo).

Tras esta primera parte, se expone la metodología utilizada en la investigación, así como la recogida y análisis de datos. Finalmente, el trabajo concluye con los resultados y conclusiones obtenidas a través de datos secundarios (otras investigaciones, trabajos, informes, etc.) y de las entrevistas realizadas de forma online a profesionales en el área de salud mental.

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, el concepto de “enfermedad mental” sigue siendo un tema tabú en nuestra sociedad. La razón por la cual he decidido realizar el presente trabajo tiene una relación directa con las percepciones falsas, los prejuicios y la discriminación existente contra aquellas personas que padecen trastornos mentales graves.

Según Pedersen (2009), el estigma empeora la calidad de vida, afectando negativamente las oportunidades de educación e inserción laboral. Para poder fundamentar la existencia del estigma y los prejuicios a los que se enfrentan personas parecidas de trastornos mentales, existe una encuesta realizada en Quebec, Canadá, donde el 54% de los encuestados mayores de 18 años (N=1001), consideran que los pacientes que padecen esquizofrenia son personas peligrosas y violentas. Además, un 40% no está de acuerdo con la integración de estos pacientes en la vida comunitaria. La misma encuesta realizada en Ontario, Canadá, muestra que los prejuicios en esta zona aún son más elevados. El 88% los considera personas violentas y peligrosas y un 40% añade que su nivel intelectual es bajo, además de ser considerados minusválidos.

A pesar de los avances históricos en el mundo de la Salud Mental, hoy en día persisten sobre estos pacientes, actitudes negativas y discriminatorias. En muchas ocasiones son menospreciados y desvalorizados, provocando en los pacientes reacciones como, la ansiedad, la humillación y la desesperación. Por ello, para que sean aceptados y tratados de forma digna, al igual que cualquier otra persona que padezca una alteración de tipo orgánico; es necesario eliminar todos los prejuicios establecidos, para evitar la exclusión social y facilitar la integración social, familiar y laboral (López, M. et al., 2008).

El campo de la salud mental es muy amplio, por eso a raíz de mi experiencia como alumna en prácticas en el Centro de Día de Salud Mental Infanto-Juvenil (barrio de Movera, Zaragoza) he decidido centrar mi trabajo en la salud mental infanto-juvenil y las dificultades y oportunidades a las que se enfrentan y se les presentan, respectivamente, durante su etapa de escolarización.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Conocer las dificultades y oportunidades que poseen los niños y jóvenes con trastornos mentales graves en su etapa de escolarización obligatoria y post-obligatoria.

Se trata de indagar si el sistema educativo actual se encuentra preparado para abordar las necesidades que van surgiendo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Revisar la legislación referida a esta problemática.
- Conocer las dificultades a las que se enfrentan los niños/jóvenes en su proceso de aprendizaje.
- Conocer la labor del/a trabajador/a social en el ámbito de salud mental.

MARCO TEÓRICO

TRABAJO SOCIAL Y SALUD MENTAL

Para poder entender de forma más clara la situación en la que se encuentra el Trabajo Social en la Salud Mental hoy en día es necesario comprender su origen y evolución hasta lo que hoy conocemos.

En el S.XX, en EE. UU, los trabajadores sociales comenzaron su labor en los hospitales con el fin de proporcionar una respuesta socializadora a la cronicidad de los trastornos mentales y a la masificación de los manicomios (Garcés Trullenque, 2010). Los profesionales de la psiquiatría fueron reconociendo la importancia de los datos sociales que aportaron los trabajadores sociales y como consecuencia, se fueron incorporando a los Equipos de Salud Mental. En España, su desarrollo fue de forma similar a los demás países.

La evolución de esta profesión en el ámbito de la Salud Mental ha estado influenciada por el desarrollo de la asistencia psiquiátrica (Garcés Trullenque, 2010). La figura del trabajador social comienza a ser de gran importancia en la década de los 70, época caracterizada por la falta de recursos sociales. Más tarde, en los años 80, la concepción de “enfermo mental” toma otra dirección, considerándolo una persona con derechos y obligaciones la cual requiere en condiciones de igualdad, intervención técnica, psicológica y social. Es durante estos años, donde la profesión de Trabajo Social tiene como meta la normalización del paciente en su ámbito social.

Para concluir, en la década de los 90, se desborda el ámbito sanitario-psiquiátrico por lo que los trabajadores sociales vuelven a tener un papel fundamental, ya que es de vital importancia atender las problemáticas psicosociales y necesidades sociales que surgen (Garcés Trullenque, 2010).

El Trabajo Social Clínico es una profesión que requiere una intervención interdisciplinar, es decir, requiere de la cooperación de otras profesiones que persiguen el mismo objetivo. Dentro de la actividad profesional del trabajador social merece especial atención el trabajo que desempeña con personas que padecen un trastorno mental grave, ya que se requiere de una especificidad que viene definida por las características psicopatológicas y sociales de la enfermedad. Como trabajadores sociales debemos estar especialmente atentos a las consecuencias sociales de la enfermedad mental, que van a traducirse en una perturbación o limitación de una función (disfunción o deficiencia), en la incapacidad funcional (discapacidad para el desempeño de un rol social), en la dependencia (necesidad permanente de mantenimiento por parte de otra persona o de un servicio concreto), en la sobrecarga familiar manifiesta o persistente, o bien, la ausencia de familia y en la ausencia de red social (Garcés Trullenque, 2010).

Las funciones que desempeña un trabajador social en el ámbito de Salud Mental Infanto-Juvenil se desempeñan tanto dentro como fuera de la Unidad. Dentro, directamente con el niño/a y su familia y el equipo multidisciplinar y fuera, en el entorno social, en los centros escolares y en otras redes sociales, fundamentalmente las relacionadas con la infancia.

Aroca Fons, L et al., añaden que el proceso de intervención del trabajador social en el campo de Salud Mental Infanto-Juvenil consta de:

1. Primera entrevista de Trabajo Social:

- Entrevista con el responsable del/la menor con el objeto de saber qué conoce y entiende de la situación/problema.
- Clarificación de la demanda ajustándola a las necesidades del servicio.

- Recogida de los datos socio familiares que permitan elaborar el diagnóstico social. Elaboración del genograma.
- Detección de situaciones de riesgo social.
- Contención de los principales signos de angustia que plantea la familia por la desorientación inicial.
- - Definición de hipótesis de trabajo y planteamiento a la familia.

2. Trabajo del caso en el equipo multidisciplinar

- Análisis de los elementos necesarios para la comprensión global de las situaciones planteadas.
- Participación en la planificación de la intervención a nivel preventivo, asistencial y búsqueda de recurso adecuado.

3. Intervención Social.

La intervención social se desarrolla en un contexto terapéutico con la familia, los centros educativos y las redes sociales, en continua coordinación con el equipo.

3.1 Trabajo directo con las familias o responsables del niño/a.

- Disminución de situaciones de riesgo social.
- Fijación de límites y pautas socio-educativas.
- Orientación en temas de escolaridad, formativas, actividades de ocio y tiempo libre, etc.
- Intervenciones dirigidas a asesorar en temas legales y de mediación familiar.
- Intervenciones dirigidas a informar y orientar sobre derechos y deberes existentes.
- Intervenciones dirigidas a informar y orientar sobre temas socio económicos (ayudas económicas, de emergencia social, etc.).
- Asesoramiento a la familia extensa, en caso de ser necesario.
- Apoyo individual o familiar en situaciones de crisis.
- Intervención domiciliaria para valorar e intervenir en la situación socio-familiar.
- Implicar en el proceso de intervención a la familia con las diferentes instituciones.
- Informar sobre recursos socio sanitarios: Centros de Atención Temprana, asociaciones, grupos de apoyo, etc.
- Trabajo grupal con los padres y con las madres.

3.2 Trabajo directo con los niños/as y adolescentes.

- Informar y orientar sobre las alternativas educativas y formativas.
- Orientar e informar sobre actividades de ocio y tiempo libre, actividades deportivas, centros municipales de juventud, etc.
- Seguimiento de la evolución de la situación socio-familiar y de la intervención global.

3.3 Intervención en el Centro Educativo: se realiza en todos aquellos casos en que aparecen problemas escolares. Se trata de conocer el funcionamiento del/la niño/a en otro contexto distinto a las familias.

- Conocer los recursos, requisitos de acceso, ubicación, programas, etc.
- Intervención en escuelas infantiles, colegios e institutos, centros de educación especial: Información, seguimiento, coordinación con jefes de estudio, profesores, tutores, psicopedagogos, trabajadores sociales, SPE, Inspección educativa, etc.
- Visitas de coordinación al centro educativo.
- Colaboración con el equipo psicopedagógico orientada a una intervención socio-educativa que tenga en cuenta las posibilidades reales del/la niño/a según su capacidad y aptitudes.
- Información sobre las características de los/las niños/as y su entorno socio familiar en los casos en que éste repercuta directamente en las dificultades presentadas.
- Seguimiento de la intervención realizada desde la U.S.M.I. (Unidad de Salud Mental Infantil).

4. Intervención en las Redes Sociales.

- Conocer los recursos existentes: ubicación, funcionamiento, requisitos de acceso, etc.
- Valorar la idoneidad o posible adaptación del/la niño/a a los recursos.
- Establecer y facilitar conexiones interinstitucionales, especialmente con otras/os trabajadoras/es sociales.
- Información, derivación y seguimiento de casos, coordinándose con todos los programas de Servicios Sociales.

JÓVENES Y SALUD MENTAL

SALUD MENTAL

Según la OMS, la salud mental es "se define, así como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.". El concepto de salud mental se vincula a la noción de desarrollo óptimo del individuo, dentro de su entorno, teniendo en cuenta su edad, sus condiciones de vida, su capacidad innata y su cultura. Por este motivo, la definición de salud mental es compleja, ya que está relacionada con aspectos sociales, psicosociales, educativos, religiosos, culturales... no depende solo de los recursos individuales, también influyen los recursos políticos, económicos, sociales... de la sociedad en la que se vive.

La OMS declara de forma general que "no existe la salud sin la salud mental" y señala que "la salud mental es primordial para el desenvolvimiento humano, social y económico de las naciones y esencial para otras áreas de políticas públicas como son la asistencia social, los derechos humanos, la educación y el empleo".

El concepto de salud mental está estrechamente relacionado con el concepto de enfermedad mental. El concepto se define como "un cambio en el tipo de emoción, cognición y / o comportamiento, en el cual los procesos mentales básicos como la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, el comportamiento, la percepción, el sentimiento, el aprendizaje se ven afectados, el lenguaje, etc." No es fácil determinar las causas externas de las enfermedades mentales, pero son una variedad de factores y son factores biológicos (bioquímicos, trastornos metabólicos, etc.), factores psicológicos (experiencia del sujeto, aprendizaje, etc.) y convergencia de factores. La sociedad (cultura, ambiente social y familiar, etc.) que afecta su apariencia (AVIFES, s.f.).

Existen múltiples diferencias entre los dos conceptos anteriormente señalados. Es primordial saber diferenciarlos. En la Tabla 1, he realizado una pequeña síntesis de las principales diferencias que son necesarias conocer para su completo entendimiento.

Tabla 1. Principales diferencias entre el concepto de "salud mental" y "enfermedad mental"

SALUD MENTAL	ENFERMEDAD MENTAL
La persona se acepta a sí misma y a los demás.	La persona tiene un mal concepto de sí mismo y se siente incomprendida.
Es capaz de recuperar su funcionamiento normal después de una situación transitoria.	La persona muestra un comportamiento inadaptado.
Buena capacidad de juicio para la toma de decisiones.	Escasa capacidad de juicio.
La persona reconoce sus limitaciones.	No reconoce sus limitaciones.

Eficaz e independiente.	Se muestra dependiente.
Relaciones íntimas y duraderas.	Incapaz de crear vínculos duraderos.

Elaboración propia con datos obtenidos del departamento de Ciencias Psicosociales Aplicadas y Enfermería de Salud Mental (Universidad de Zaragoza, 2018).

Hoy en día, alrededor de 250.000 personas padecen un trastorno mental grave en España.¹ A pesar de estas elevadas cifras, dichos trastornos siguen siendo desconocidos por la mayoría de la ciudadanía. Suelen asociarlo a una “debilidad” o “negligencia” de la persona que la sufre, en lugar de reconocerla como una enfermedad más. Estos prejuicios y estigmas, causados en su mayoría por los medios de comunicación, cine, literatura, etc., dan lugar a que este grupo vulnerable sea injustamente tratado por la sociedad. Durante muchos años, las personas que padecían trastornos mentales eran enviados al extrarradio de la población (lugar donde se situaban los psiquiátricos) debido al miedo que causaban en la sociedad, ya que padecían una enfermedad que no se podía “controlar”.

En la siguiente tabla, mostraré algunos mitos muy arraigados en nuestra sociedad sobre las personas que padecen enfermedades mentales.

Tabla 2. Mitos y realidades en salud mental.

MITO	REALIDAD
“No hay esperanza para la gente que padece trastornos mentales”	Hoy en día existen diversos tratamientos, estrategias y apoyo comunitario que nunca había existido antes. Las personas que padecen estas enfermedades pueden llevar vidas activas y productivas.
“Las personas con enfermedades mentales son violentas e impredecibles”	La gran mayoría de estas personas no son más violentas que otras que no padezcan estos trastornos.
“Las enfermedades mentales no pueden afectarme”	Los problemas de salud mental nos afectan a todos. De hecho, son muy comunes.
“No puedo hacer nada por una persona con problemas de salud mental”	Los amigos y familiares pueden ser un verdadero punto de apoyo. Tenemos que comenzar por la forma de actuar y hablar.

¹ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España.

“La enfermedad mental equivale a retraso mental”	La discapacidad intelectual se refiere al funcionamiento intelectual mientras que la enfermedad mental es una distorsión o exageración de la realidad ² .
--	--

Elaboración propia con datos obtenidos del departamento de Ciencias Psicosociales Aplicadas y Enfermería de Salud Mental (Universidad de Zaragoza, 2018).

Para finalizar, algunas de las recientes declaraciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) son:

- 1 de cada 4 personas (25% de la población) sufre un trastorno mental a lo largo de su vida.
- 450 millones de personas en todo el mundo están afectas por una enfermedad mental, neurológica o conductual que dificulta gravemente su vida. Todas las personas corremos riesgo de tener problemas de salud mental.
- Los trastornos mentales aumentarán notablemente en los próximos años.
- Las enfermedades mentales representan un 12,5% de todas las patologías existentes.
- 5 de las 10 primeras causas de la discapacidad son relacionadas a problemas con la salud.
- El 22% de la población padece episodios de depresión y ansiedad.
- El 1% de la población desarrolla alguna esquizofrenia a lo largo de su vida.
- Menos de 25% de los pacientes son diagnosticados y tratados correctamente.
- Entre el 70 y el 80% de las personas con enfermedad mental están en situación laboral de desempleo.

JÓVENES CON TRASTORNOS GRAVES DE SALUD MENTAL

La implantación del Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón dio lugar a la creación del “Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil”. La inserción de dicho programa era de vital importancia para abordar las nuevas cifras que recogía la OMS en 2001 sobre salud mental. Dichas declaraciones alertaban de la influencia de enfermedades mentales en edad temprana, lo cual no podía ser obviado por los profesionales de la salud y era necesaria una implicación para la posterior resolución de la enfermedad. Así mismo, actuar en edades tempranas supone una ayuda para que aliviar la enfermedad en un futuro y poder afrontar de manera menos compleja la discapacidad y las crisis producidas por trastornos de salud mental. Posteriormente, debido al aumento de trastornos mentales y el impacto social y familiar que estas causaban, el Departamento de Sanidad propuso una innovación en programas siguiendo las mismas líneas estratégicas que la Estrategia Nacional de Salud Mental, así como de las recomendaciones de la OMS, dando lugar a la elaboración del Plan Estratégico 2017-2021 en la Comunidad de Aragón. Los seis principios en torno a los que se regula dicho Plan son: acceso y cobertura universales, derechos humanos, práctica basada en evidencias, un enfoque que abarque la

² Véase en pág. 21 <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM013833.pdf>

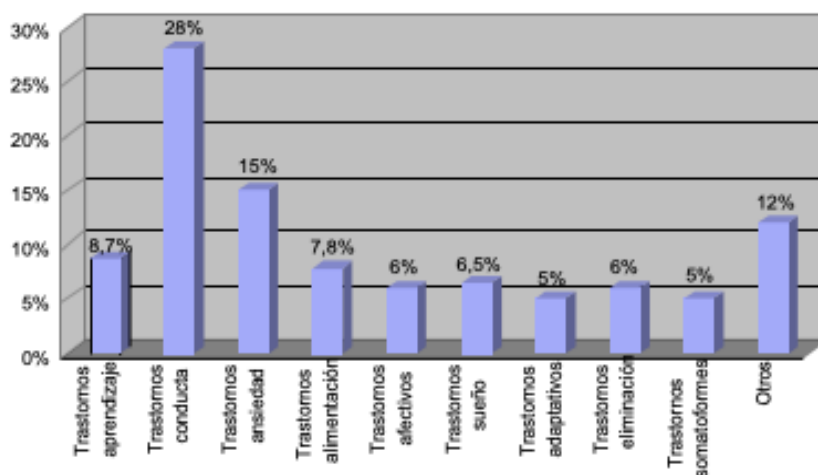
totalidad del ciclo vital de la persona, enfoque multisectorial y emancipación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales.

Según la definición, de la Health Committee/House of Commons, en su 4º informe, Session 1996-1997 (Health Advisory Service) sobre la salud mental de niños y adolescentes, son las siguientes capacidades del niño/joven los requisitos de su salud mental³:

- Capacidad de acceder a relaciones mutuamente satisfactorias y mantenerlas.
- Progreso en el desarrollo psicológico.
- Capacidad de jugar y aprender de una manera apropiada a la edad y al nivel intelectual.
- Desarrollo del sentido del bien y del mal.
- Que el grado de malestar y conducta desadaptada no exceda los límites apropiados de la edad del niño y de su contexto.

Con lo que respecta a datos acerca de jóvenes parecientes de enfermedades mentales en la comunidad autónoma de Aragón, los últimos datos conocidos los encontramos en el Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil (2003).

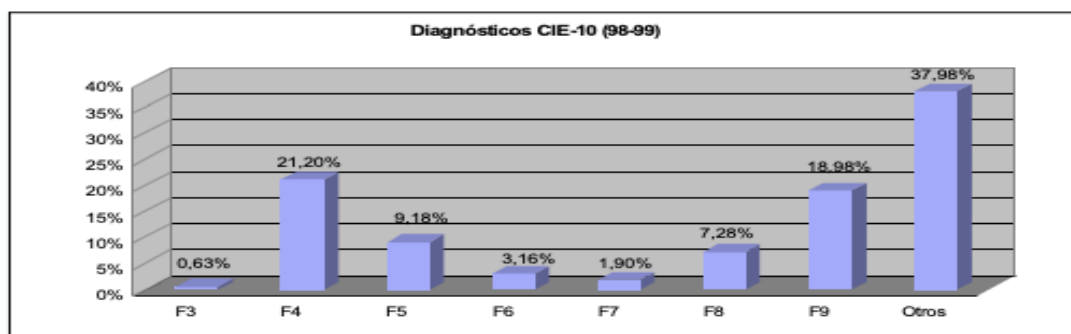
Ilustración I. Patología atendida en el Área V (USMIJ Actur-Sur). Motivo de consulta. Años 98/99



Fuente: Servicio Aragonés de Salud, 2003.

³ Veáse en “Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil” disponible en: https://www.aragon.es/documents/20127/674325/PROGRAMA_ATENCION_SALUD_MENTAL_INFANTO_JUvenil_2003.pdf/5f2dda45-7430-221d-9825-f9a710058535

Ilustración II. Diagnósticos CIE (Clasificación Internacional de enfermedades) -10 primeras visitas USMIJ Teruel (Área IV). Años 98/99



F3: Trastornos del humor (afectivos).
F4: Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.
F5: Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.
F6: Trastornos de personalidad y del comportamiento.
F7: Retraso mental.
F8: Trastornos del desarrollo psicológico.
F9: Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo en la infancia y la adolescencia

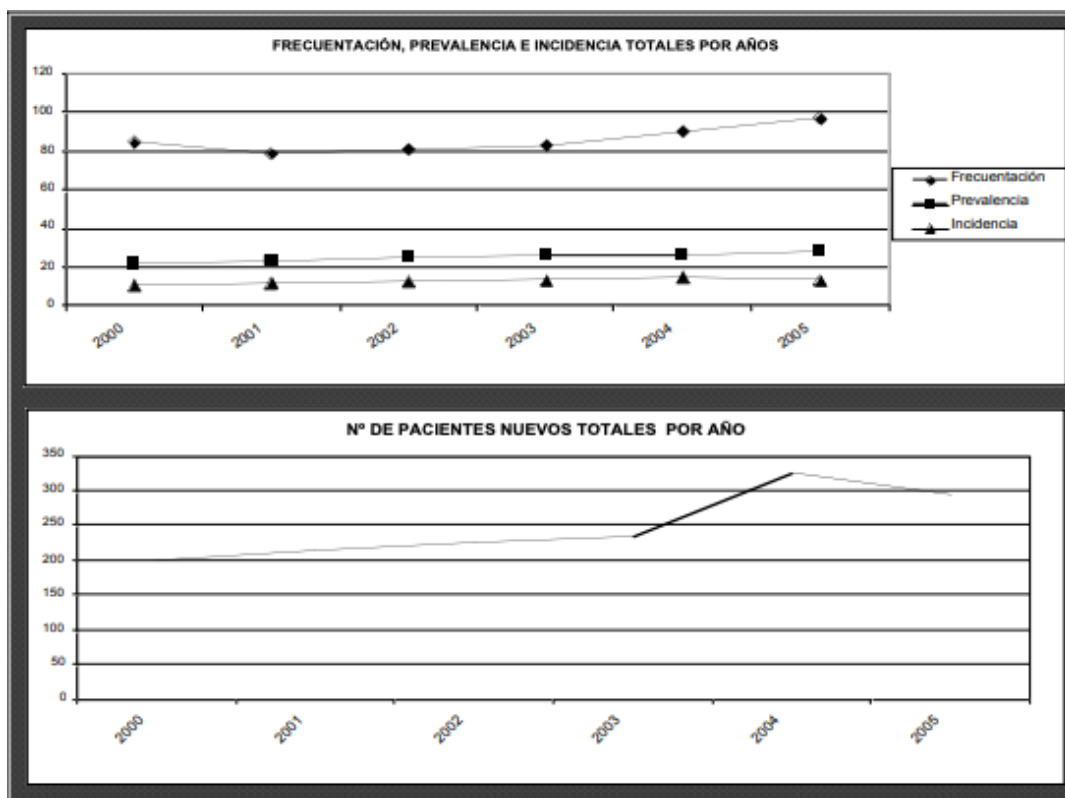
Fuente: Servicio Aragonés de Salud, 2003.

Al no contar con datos o estudios que recojan la prevalencia de enfermedades mentales en jóvenes aragoneses, se ha optado por hacer referencia a estudios relativos a los trastornos graves de salud mental infanto-juvenil a nivel estatal. Según la Confederación de Salud Mental España, dos millones de jóvenes de 15 a 29 años (30 %) han sufrido síntomas de trastorno mental en el último año. La prevalencia global de los trastornos mentales en niños y adolescentes a nivel estatal es similar a la observada en otros países, y se sitúa entre un 10%-20%, según los diferentes estudios. En España, se estima que la prevalencia de la depresión mayor es del 1,8%, en niños de 9 años, del 2-3% en adolescentes de 13-14 años, y del 3-4% en jóvenes de 18 años, según criterios del CIE-10 (AEN, 2009).

En el año 2004 se realizó un estudio⁴ descriptivo de niños y adolescentes nuevos visto en un servicio de salud mental en el Servicio de Salud Mental de Aranjuez, Madrid. La muestra se extendía a 314 pacientes nuevos. El objetivo de dicho estudio consistía en conocer las características sociodemográficas de estos pacientes y las diferencias que existían en función de la edad y sexo.

⁴ Espín Jaime, José Carlos, & Belloso Roper, Juan José. (2009). Estudio descriptivo de los niños y adolescentes nuevos vistos en un servicio de salud mental en el periodo de un año. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(2), 329-354. Recuperado en 14 de agosto de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352009000200004&lng=es&tlng=es.

Ilustración III. Evolución de la asistencia Infanto-Juvenil en el SSM de Aranjuez en los últimos años.



Fuente: Rev. Asoc. Espa. Neuropsiq., 2009.

Como resultados de este estudio, se puede apreciar:

- El porcentaje de varones es superior frente al de mujeres con lo que respecta a la asistencia a consulta (55,09% y 44,90% respectivamente).
- La primera infancia para los varones puede suponer un factor de riesgo en los trastornos más graves, como las alteraciones del neurodesarrollo. Por el contrario, la pubertad supondría un factor de riesgo para las mujeres en el diagnóstico de "Trastornos de alimentación".
- Ser mujeres supone también ser un factor de riesgo para los conocidos "Trastornos neuróticos". En varones, por el contrario, para el "TDAH".

MARCO LEGISLATIVO

LEGISLACIÓN DEL ÁMBITO SANITARIO EN RELACIÓN CON LA SALUD MENTAL.

En materia de legislación a nivel internacional, no existe una ley de salud mental como tal. Sin embargo, encontramos el **Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020** publicado por la OMS en el año 2013. La finalidad de dicho plan es fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proporcionar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales.

En lo referente al territorio nacional, la **Constitución Española de 1978** recoge, en el **Art.43**, el derecho a la protección de la salud. A nivel nacional, existe únicamente una proposición de ley de salud mental. Por este motivo, en materia de salud mental tenemos como referencia la **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad**, en la que en el artículo 20 la Ley describe los principios generales de actuación con pacientes que presenten patologías mentales:

- La atención a los problemas de salud mental se realizará en el ámbito comunitario, considerando de modo especial a pacientes de psiquiatría infantil y psicogeriatría.
- La hospitalización de los pacientes que la requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
- Desarrollo de servicios de rehabilitación y reinserción social coordinados con servicios sociales.
- Los servicios de salud mental y atención psiquiátrica cubrirán los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas causados por la enfermedad.

Además, encontramos la **Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública**, en la cual hace referencia a la salud mental como una nueva realidad emergente. Añade a su vez, que esta nueva realidad tiene que ser tratada con la máxima igualdad con el fin de crear un sistema sostenible y solidario.

Continuando con el ámbito legislativo, a nivel autonómico, encontramos la **Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón**. En el **Art.30** de dicha ley, se recoge la atención, promoción, protección y mejora de la salud mental en materia de atención sanitaria. Siguiendo con el **Art.53**, observamos como con respecto a la atención a la salud mental desarrollan los mismos principios anteriormente mencionados en el Art.20 de la Ley General de Sanidad.

Por otro lado, dentro de la misma línea encontramos el **Plan de Salud Mental Aragón 2017-2021** el cual tiene como objetivo la mejora de la atención a pacientes con problemas de salud mental. Este está formado por líneas estratégicas de actuación. En la **línea estratégica 5** hace referencia al colectivo vulnerable infanto-juvenil. A su vez, dicho Plan recoge los distintos recursos, programas y proyectos dedicados a cada colectivo, como es el infanto-juvenil.

Para dar por concluido lo referente a legislación sanitaria, encontramos la **ORDEN SAN/2193/2018**, de 6 de noviembre, relativa a la coordinación y organización asistencial de Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón. En el **Artículo 14**. de dicha Orden se recoge la Comisión Autonómica de Salud Mental Infanto-Juvenil.

La Comisión Autonómica de Salud Mental Infanto-Juvenil se crea como el órgano máximo de asesoramiento a los órganos del Departamento de Sanidad. En dicho artículo hace referencia a la composición de esta Comisión y a las funciones que le corresponden. Con respecto a estas últimas, se puede destacar la labor de favorecer procedimientos para la coordinación con entidades, equipos o dispositivos de otros ámbitos. Aquí, si fuera necesario, entraría a formar parte la figura del Trabajador Social como parte del proceso clínico. Otra función dependiente de la Comisión es asegurar la continuidad asistencial en la red asistencial de salud mental infanto-juvenil.

LEGISLACIÓN DEL ÁMBITO EDUCATIVO EN RELACIÓN CON LA SALUD MENTAL.

La legislación educativa en nuestro país se ha modificado a lo largo de la historia, dando lugar a una gran cantidad de leyes. En primer lugar, la **LOGSE (Ley Orgánica General del Sistema Educativo)**, posteriormente la **LOE (Ley Orgánica de Educación)**, seguida de la **LOCE (Ley Orgánica de Calidad de Educación)** y la actual **LOMCE (Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa)**.

En lo que refiere al territorio nacional, la **Constitución Española de 1978** recoge en el **Art.27** el derecho a la educación universal. La actual **LOMCE**, recoge en el Título II la equidad en la educación. Este apartado explica los principios, recursos, el ámbito, la escolarización y la integración social y laboral de alumnos con necesidades específicas de apoyo educativo. Con el fin de lograr una mayor equidad y disponer de las mismas oportunidades, son las Administraciones públicas las que fomentarán ofertas formativas adaptadas a las necesidades específicas de dichos alumnos. En el **Artículo 75.** de dicha ley, se recoge la integración social y laboral del alumnado con necesidades educativas especiales que no puedan lograr los objetivos ordenados por la educación obligatoria. En relación con nuestro objetivo principal, se puede observar como este artículo aboga por las oportunidades de jóvenes considerados ACNEAE. Además, las Administraciones educativas establecerán una reserva de plazas en las enseñanzas de formación profesional para el alumnado con discapacidad, para lograr una mayor equidad y dotar de oportunidades a todo el alumnado.

Finalizando con el ámbito legislativo, la Comunidad Autónoma de Aragón hace referencia al concepto de “educación inclusiva”. Este concepto queda regulado en el Título III del **DECRETO 188/2017, de 28 de noviembre, del gobierno de Aragón.**

“Artículo 10. Definición.

La respuesta educativa inclusiva es toda actuación que personalice la atención a todo el alumnado, fomentando la participación en el aprendizaje y reduciendo la exclusión dentro y fuera del sistema educativo.”

Existe también una orden que regula las actuaciones de intervención educativa inclusiva en la Comunidad Autónoma de Aragón (**ORDEN ECD/1005/2018, de 7 de junio**).

PRINCIPALES TRASTORNOS DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL.

Los trastornos de salud mental que más carga de enfermedad generan aparecen en la adolescencia. Estas tienden a ser crónicas y su aparición en este grupo de edad se asocian a un peor pronóstico que cuando aparecen en la edad adulta. Las personas que las padecen tienen mayor riesgo de suicidio, comorbilidades con otros trastornos mentales, más conductas de riesgo y pobre desempeño en las áreas familiar, interpersonal y laboral.

Los adolescentes tienen una alta prevalencia de trastornos mentales, que llega a ser del 17% en el último año para todos los trastornos mentales. Los más frecuentes son los trastornos de ansiedad; la agorafobia tiene una prevalencia del 4,5% y la fobia social, del 1,5%; las siguen los trastornos de conducta disruptiva, con una prevalencia de trastornos de conducta del 3,3% (Gómez Restrepo et al., 2016).

TDAH (TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD)

Los trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) vienen definidos por la presencia de tres síntomas fundamentales:

1. Disminución de la atención.
2. Impulsividad.
3. Hiperactividad.

En realidad, es mucho más que un trastorno. Es un síndrome de dimensiones enormes, que alcanza una gran cantidad de facetas y se debería denominar "Síndrome de Déficit de Atención e Hiperactividad (SDAHA) con mucha más propiedad que TDAH. (Pascual-Castroviejo, 2007)

La mayoría de los especialistas coinciden en considerar que el TDAH hace referencia a problemas de la habilidad de una persona para controlar la conducta: dificultades para mantener la atención, falta de control del impulso o inhibición y excesiva actividad. Barkley (2006), habla de dos problemas adicionales: la dificultad para seguir las normas e instrucciones y una excesiva variabilidad en sus respuestas a situaciones.

Conforme los alumnos crecen, las dificultades y repercusiones que el TDAH ejerce en su vida estudiantil y en sus comportamientos les siguen. Evidentemente, las dificultades que pueden presentar los alumnos con TDAH no son las mismas en todas las fases de su periodo educativo. Estas son las más significativas (Fundación CADAH, s.f.):

- Dificultades para la organización tanto de su material escolar, tareas o tiempos de presentación.
- Pueden presentar inhibición respecto a los estímulos para la tarea que están realizando en el momento.
- Fallos a la hora de memorizar una lectura y mala reflexión.
- Dificultades para seguir las instrucciones del profesor y para mantener el nivel de atención, sobre todo en tareas de larga duración.
- Falta de estrategia a la hora de realizar tareas.

A la hora de trabajar con un niño/joven que presenta TDAH, la figura del Trabajador Social es de vital importancia. Poseen una serie de funciones que ayudan a la mejora de la calidad del niño, y son las siguientes⁵:

- Sensibilización del problema
- Función de Mediación
- Función de Supervisión y Evaluación
- Función de Atención Directa
- Función de Planificación
- Función Preventiva

Es, por tanto, una figura capaz de mejorar la calidad de vida de pacientes que presentes TDAH.

ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es una patología enigmática y con un diagnóstico difícil, ya que aparece comúnmente en la adolescencia y la adultez temprana, cuando los jóvenes cambian los hábitos y comienzan una nueva vida social. El diagnóstico precoz permite el uso de medicamentos y terapias que pueden combatir los síntomas y daños causados al cerebro, así como también permite al paciente tener una mejor calidad de vida (Enríquez-Sánchez & Ochoa-Madrigala, 2019).

La esquizofrenia infantil es básicamente lo mismo que la esquizofrenia en los adultos, con la diferencia de que se produce a una edad más temprana y tiene un mayor efecto en el comportamiento y desarrollo del niño. En la esquizofrenia infantil, la edad temprana de la aparición de la enfermedad implica desafíos especiales con respecto al diagnóstico, el tratamiento, la educación y el desarrollo emocional y social. (Hall-Flaving, s.f.)

Según, Daniel K. Hall-Flaving, los síntomas de la esquizofrenia en los adolescentes son similares a los que se presentan en los adultos, pero a esta edad puede ser más difícil identificar la enfermedad. Esto puede deberse en parte a que algunos de los síntomas tempranos de la esquizofrenia en los adolescentes son comunes en el desarrollo típico de la adolescencia, por ejemplo:

- Distanciamiento de los amigos y los familiares
- Rendimiento bajo en la escuela
- Problemas para dormir
- Humor irritable y/o depresivo
- Falta de motivación

⁵ Veáse en pag. 38

<https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/32546/TFG%20TERMINADO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Comportamiento extraño
- Consumo de sustancias

En comparación con los síntomas de la esquizofrenia en adultos, los adolescentes pueden tener:

- Menos probabilidad de tener delirios
- Mayor probabilidad de tener alucinaciones visuales

Las limitaciones principales que padecen las personas con esquizofrenia son debidas al estigma de sociedad que les rodea.

“Es esencial que el niño reciba entrenamiento en las habilidades sociales, rehabilitación profesional y apoyo psicológico y educativo; además, debe brindarse asesoramiento a los familiares para ayudarles a enfrentarse a la enfermedad y a sus consecuencias (Elia, 2019).”

Al estigma impuesto por la sociedad, se le suma en numerosas ocasiones:

- La falta de información y formación sobre salud mental y/o enfermedades mentales.
- Carencia de recursos tanto humanos y económicos que cubran estas necesidades desde la escuela.
- Comunicación no fluida acerca del tema desde el profesorado.
- La escasez de plazas en los centros de escolarización combinada.

TRASTORNOS DISRUPTIVOS, DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA

Según el DSM-V, (*Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders*), los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta se manifiestan con problemas en el autocontrol de comportamientos y emociones. La peculiaridad de dichos trastornos recae en que su conducta viola los derechos de los demás y/o situándolos en conflictos opuestos a las normas de la sociedad. Dentro de esta clasificación encontramos:

- Trastorno negativista desafiante
- Trastorno explosivo intermitente
- Trastorno de conducta
- Trastorno de la personalidad antisocial (recogido también en los Trastornos de Personalidad)
- Piromanía
- Cleptomanía
- Otros trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta especificado y no especificado.

Dichos trastornos se trasladan al aula manifestándose de múltiples maneras. Se pueden destacar:

- Estudiantes a quienes hay que llamar muy a menudo la atención por sus conductas perturbadoras o impertinentes.
- Bajo rendimiento académico
- Dificultades de comprensión
- Inmadurez emocional

- Atención deficiente
- Necesidad de llamar la atención
- La intención de dificultar la labor de enseñanza y aprendizaje

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Los TEA eran denominados anteriormente Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD). Este término se refiere a una multitud de trastornos cognitivos y neuroconductuales, que se manifiestan en función de cada persona, la mayoría de los casos son diferentes y tiene peculiaridades. Las áreas afectadas son la comunicación y la interacción social, por un lado, y la presencia de patrones de conductuales e intereses restrictivos por otro (Alonso Esquisábel, 2014).

El DSM-V, (*Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders*), última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales contiene una clasificación y descripción de los trastornos mentales. Los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) pasan a denominarse Trastornos del Espectro Autista. En esta nueva clasificación se incluyen:

- Trastorno Autista.
- Síndrome de Asperger.
- Trastorno Desintegrativo Infantil
- Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado (TGDNE)

Las principales limitaciones a las que se enfrenta un alumnado diagnosticado de TEA son:

- Problemas para relacionarse con sus compañeros y profesores.
- Problemas de comunicación y expresión de sus sentimientos y necesidades.
- Falta de interés para emprender cualquier actividad.
- Comportamientos repetitivos.
- Dificultades ante el control de respuesta con sus iguales.

Tabla 3. Afectación en TEA

RELACIÓN	COMUNICACIÓN	PATRONES DE CONDUCTA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Carecen de capacidad emocional. 2. Carecen de capacidad para establecer relación social entre iguales. 3. Ausencia de conductas espontáneas. 4. Trastorno importante en conductas no verbales. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Retraso/ausencia completa de la comunicación verbal. 2. Uso repetitivo del lenguaje. 3. Incapacidad para iniciar o mantener conversaciones. 4. Falta de juego de ficción espontáneo y variado. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Preocupación por aspectos estereotipados. 2. Preocupación constante por partes de objetos. 3. Inflexibilidad ante el cambio de rutinas.

Elaboración propia basado en Álvarez (2007)

La labor del/a trabajador/a social es fundamental en el trabajo con las familias de estos niños/jóvenes, ya que la familia es el principal agente de cambio debido a que son su principal apoyo. Por este motivo la labor del/a trabajador/a social consiste en orientar las actividades para reforzar los propios recursos de dicho núcleo familiar. Atender las necesidades que plantean y elaborar con ellas planes individualizados de actuación con seguimiento de los casos, realizar entrevistas y coordinación interna y externa con los diferentes contextos donde se desarrollan las personas con TEA y sus familias (Casas López, 2018).

TRASTORNOS AFECTIVOS

Según el DSM-V, los trastornos afectivos, también conocidos como trastornos del ánimo, forman parte de uno de los principales problemas de salud mental en niños y adolescentes donde hay alteración en ánimo, lo que provoca un malestar significativo y, por ende, disfunción en áreas de la vida del sujeto. Entre los trastornos de ánimos encontramos:

- Trastorno Depresivo Mayor (TDM)
- Trastorno Distímico (TD)
- Depresión Clínica
- Trastorno Bipolar
- Desorden de desregulación perjudicial del estado de ánimo
- Desorden dismórfico premenstrual
- Trastorno afectivo debido a una afección médica general.
- Trastorno afectivo inducido por drogas.

Por último, los trastornos afectivos también suponen una limitación en los estudios de los niños y jóvenes que los padecen. Las principales repercusiones son:

- Sentimientos negativos hacia las actividades con sus iguales.
- Bajo rendimiento académico.
- Negación de ir a la escuela.
- Abandono de actividades.
- Problemas de concentración.
- Complican los procesos de enseñanza y aprendizaje.
- Dificultades de integración y convivencia en el aula.
- Mal comportamiento producto de la enfermedad.
- Arrebatos por excesiva estimulación emocional y sensorial.
- Impulsividad.
- Falta de autocontrol.
- Cambios de humor e irritabilidad extrema.

ALUMNOS CON NECESIDADES ESPECÍFICAS DE APOYO EDUCATIVO (ACNEAE).

Según la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa, los AcNEAE⁶ son aquellos alumnos que requieren una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar necesidades educativas especiales, por dificultades específicas de aprendizaje, por sus altas capacidades intelectuales, por haberse incorporado tarde al sistema educativo, o por condiciones personales o de historia escolar, son por tanto una categoría superior a los ACNEE. Estos últimos, recogidos en el **Artículo 73** de la misma ley, son alumnos que presentan necesidades educativas especiales, aquellos que requieren, por un periodo de su escolarización o a lo largo de toda ella, determinados apoyos y atenciones educativas específicas derivadas de discapacidad o trastornos graves de conducta.

Tabla 4. Clasificación AcNEAE y AcNEE

AcNEAE	AcNEE
Alumnos con necesidades educativas especiales (AcNEE)	Discapacidad física
Alumnos con altas capacidades intelectuales (AACI)	Discapacidad auditiva
Alumnos con dificultades específicas del aprendizaje (ADEA)	Discapacidad física
Alumnos con condiciones personales o de historia escolar (ACPHE)	Discapacidad visual
Alumnos de integración tardía en el sistema educativo español (AITSEE)	Trastornos graves de la personalidad y el desarrollo
	Trastornos graves de la conducta

Elaboración propia a través de datos secundarios

Como podemos observar en la tabla anterior, los AcNEE son una categoría dentro de los AcNEAE. Entre ambas categorías existen diferencias notables que requieren una serie de actuaciones distintas entre ambos grupos. En primer lugar, los AcNEE requieren un informe psicopedagógico y un dictamen de escolarización. Mientras que los AcNEAE solo precisan el informe psicopedagógico. Estos últimos, únicamente pueden escolarizarse en centros de educación ordinaria. Sin embargo, los AcNEE pueden optar por un centro de educación especial (combinada u ordinaria).

⁶ Anexo II.

Otro aspecto relevante que destacar es la evaluación de dichos alumnos. Los AcNEE suelen precisar una adaptación curricular (significativa o no significativa)⁷, es decir, requieren un programa distinto al ordinario donde se modifican y/o suprimen contenidos y criterios de evaluación ordinarios y se añaden contenidos distintos. Empero, los AcNEAE tienen como referente los criterios y contenidos del nivel donde se encuentran.

Dependiendo del tipo de necesidad se encuentran escolarizados en centros ordinarios o en centros específicos de Educación Especial. El número total de estudiantes en Aragón, en todos los tipos de enseñanzas no universitarias, que requiere estos alguno de estos apoyos alcanza los 9.976.

Ilustración IV. Alumnado con Necesidad Específica de Apoyo Educativo en Aragón. Curso 2017-2018

	Huesca	Teruel	Zaragoza	Aragón
Ed. Infantil	176	59	731	966
Ed. Primaria	1.491	402	3.942	5.835
ESO	672	346	1.805	2.823
Bachillerato	31	10	89	130
CFPB	53	44	124	221
CFGM	0	0	0	0
CFGS	0	0	0	0
ESO Adultos	0	0	1	1
TOTAL	2.423	861	6.692	9.976

Fuente: Informe 2019 sobre la situación del Sistema Educativo en Aragón Curso 2017-2018

Haciendo referencia a la Ilustración IV, se puede apreciar como una vez concluida la Educación Secundaria Obligatoria (ESO), se reduce el número de alumnos que cursan estudios post-obligatorios.

⁷ Véase en Anexo III los modelos de adaptación curricular significativa y no significativa CEIP Alto Aragón (Barbastro).

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

En este trabajo de investigación lo que se pretende es conocer las oportunidades que poseen los niños y jóvenes que padecen problemas de salud mental en su trayectoria escolar y, por ende, en su futuro profesional. Para conseguir este objetivo, se ha realizado una investigación basada en una metodología cualitativa.

La metodología cualitativa pretende profundizar en causas sociales. Está basada en “comprender lo que la gente dice” (Taylor y Bogdan, 1984). Según Taylor y Bogdan, debe ser inductiva ya que no busca evaluar modelos, sino que pretende desarrollar comprensión y teorías a partir de datos. También debe ser holística, teniendo en cuenta todos los elementos que rodean al individuo. A su vez, el investigador debe ser considerado como un instrumento de medida. Por último, en una investigación cualitativa no interesa estudiar una población representativa del objetivo de estudio, sino analizar pocos sujetos en profundidad.

Con respecto a las técnicas e instrumentos de esta investigación, se ha utilizado la entrevista en profundidad. “Por entrevistas cualitativas en profundidad entendemos encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras” (Taylor y Bogdan, pag. 101).

Otra de las técnicas propias del enfoque cualitativo es la observación. La aplicación de la técnica de la observación en la investigación cualitativa no se reduce simplemente a la acción de mirar, sino que abarca una noción más integral de la contemplación de dinámicas y procesos sociales. Así lo señalan Adler y Adler (1998) al indicar que:

“Además de las competencias de hablar y escuchar que se utilizan en las entrevistas, observar es otra destreza de la vida cotidiana que se sistematiza metodológicamente y aplica en la investigación cualitativa. Se integran no sólo las percepciones visuales, sino también las basadas en la audición, el tacto y el olfato” (Citado en Flick, 2012, pág. 150).

Sin embargo, la repentina aparición del Covid-19 supuso un impedimento en la aplicación de dichas técnicas e instrumentos para llevar a cabo la metodología previamente planteada. De esta manera, la metodología ha sufrido una serie de cambios para poder llevarla a cabo.

La observación ha resultado imposible debido al confinamiento y a la serie de medidas tomadas para prevención del contagio, y las entrevistas se han realizado vía on-line con el objetivo de poder conocer de forma directa la experiencia y conocimientos de las profesionales del Centro de Día de Salud Mental Infanto-Juvenil de Movera, en la ciudad de Zaragoza.

En un primer momento, se pretendía entrevistar a los familiares de los niños y jóvenes con problemas de salud mental, pero finalmente, debido al imprevisto previamente mencionado, se optó por realizar únicamente las entrevistas a las profesionales. El Centro de Día cuenta con una psicóloga clínica, una trabajadora social, una terapeuta ocupacional, una enfermera y dos profesoras P.T. (Pedagogo Terapéutico). Se han realizado las entrevistas a todas las profesionales para poder tener una visión más profunda de la problemática de estudio y con diferentes visiones y aportaciones profesionales. Además de estos datos primarios obtenidos del fruto de las entrevistas, se cuenta con datos secundarios obtenidos de la revisión de legislación pertinente, así como de otros recursos educativos existentes.

RECOGIDA Y ANÁLISIS DE DATOS

La recogida de datos se realizará mediante las técnicas previamente expuestas en la metodología. De esta manera, la entrevista nos aportará los datos necesarios para posteriormente analizarlos y sacar conclusiones precisas. En este caso, al ser vía on-line, las entrevistas ya están transcritas. Dichas entrevistas están formuladas con preguntas abiertas, direccionadas al trabajo de cada profesional del Centro de Día. Además, la consulta de fuentes secundarias de textos, documentos, trabajos, etc., ha resultado ser una labor imprescindible para la mayor comprensión de la problemática abordada.

Una vez realizada la recogida de datos, se procede al análisis de datos cualitativos. Este se entiende como el proceso mediante el cual se organiza y manipula la información recogida por los investigadores para establecer relaciones, interpretar, extraer significados y conclusiones (Spradley, 1980). Analizar supone realizar un buen uso de la información recopilada en la recogida de datos. En esta tarea es fundamental que la información sea válida, tanto externa como internamente. A su vez, debe ser representativa y fiable. En esta investigación, se analizarán las respuestas de las profesionales y a partir de estas, se expondrán los resultados y conclusiones.

RESULTADOS

Los resultados de esta investigación han surgido gracias a la realización de tres entrevistas. Dos de ellas se han realizado a profesionales del Centro de Día de Salud Mental Infanto- Juvenil, una realizada a la trabajadora social y la otra a la profesora de pedagogía terapéutica. Finalmente, la última, a una profesora asociada a la universidad de Zaragoza integrante del Departamento de Psicología y Sociología.

Al realizar las entrevistas a perfiles profesionales distintas, algunas preguntas se adaptaron a su papel profesional. De esta manera, se comenzará analizando la entrevista realizada a la trabajadora social y seguidamente, se analizarán las otras tres conjuntamente, ya que, en su caso, las entrevistas estaban formadas por las mismas preguntas. Así pues, se compararán las diferentes respuestas entre profesionales del mismo ámbito. Las variables a analizar son las siguientes:

Los trabajadores sociales en los centros de atención a la salud mental infanto-juvenil.

Con esta pregunta se pretende conocer desde el perfil de la trabajadora social, cuales son sus funciones y como realizar su labor en el ámbito de salud mental infanto-juvenil y, por ende, abordar uno de los objetivos de la investigación. Su función consiste en contribuir a un enfoque global de atención a la salud mental abordando los aspectos socio-familiares que puedan influir en su enfermedad. La intervención ofrecida por la trabajadora social está orientada al empoderamiento familiar, favoreciendo el apoyo de esta para la estabilización del paciente.

Obstáculos y oportunidades a las que se enfrentan los niños/jóvenes que padecen enfermedades mentales.

El principal obstáculo es la particularidad del individuo y su diversidad. Este aspecto ligado a la construcción social aceptada en el pos progreso y el bienestar en que se valora la competitividad y la eficiencia, entre otras. Así pues, se considera que el sistema educativo aboga por una educación inclusiva donde se garantiza la igualdad de derechos y oportunidades para todo el alumnado considerado ACNEAE. Como se puede observar, existen obstáculos difíciles de paliar, ya que son propios del individuo y no existen suficientes recursos personales para dotarles de un proceso de escolarización en iguales condiciones que el resto de los alumnos que no presentan patologías mentales.

El sistema educativo español para niños/jóvenes con enfermedades mentales.

El problema no recae en la legislación vigente, ya que esta ampara sus derechos. Más bien el sistema educativo carece de los suficientes recursos, como los presupuestos, la capacidad de ejecución de los centros escolares frente a esta problemática y la falta de formación específica en materia de salud mental.

Influencia de las dificultades socioeconómicas familiares en el proceso de aprendizaje en niños/jóvenes que presentan trastornos mentales graves.

Una mala situación económica produce una situación de estrés en el ámbito familiar. De este modo es necesario introducir pautas para poder estabilizar el núcleo familiar.

Recursos y prestaciones (económicas, técnicas, etc.) para familias y niños/jóvenes con enfermedades mentales.

Esta cuestión era de vital importancia ya que, a menudo, los familiares cargan con todo el peso de la enfermedad y supone una fuente de estrés. Tal y como añade la trabajadora social, aunque las prestaciones económicas sean un apoyo, no hacen desaparecer el malestar emocional, las dificultades de adaptación de los niños/jóvenes que sufren trastornos graves de salud mental, etc. Para que el proceso de integración fuera más eficaz, sería necesario favorecer redes de apoyo y acompañamiento cercanas en los distintos contextos sociales en los que está introducido el paciente para favorecer sus fortalezas y permitirles una gestión más autónoma de sus vidas.

Tratamiento de la enfermedad mental a edades tempranas.

Después de la revisión bibliográfica y la realización de la entrevista, se puede observar como la profesional coincide con otros autores mencionados con anterioridad a la hora de gestionar la enfermedad desde la edad temprana. Ambos coinciden en que la atención temprana es favorecedora a la hora de comprender y detectar factores de riesgo, para posteriormente, en la edad adulta, lleven mejor dicha enfermedad.

Grado de participación de las familias en el desarrollo del niño/joven con enfermedad mental.

La familia es la primera red de apoyo de las personas y la más cercana, por esta razón es importante promover un ambiente familiar sano en donde se brinden los recursos necesarios para un buen desarrollo personal y social de los individuos (Cardona, Valencia, Duque y Londoño-Vásquez, 2015).

Tal y como se ha señalado, la afirmación anterior destaca la importancia de la familia en el desarrollo de los niños. De esta manera, la trabajadora social añade que esta situación no es fácil y en determinadas situaciones se requiere de una ayuda externa y es en ese momento donde comienza la vinculación con el núcleo familiar. Es necesario comprender la particularidad que esta presenta posibilitando posteriormente un trabajo terapéutico para favorecer la adaptación en familias con mayor vulnerabilidad.

Dando por finalizado el análisis de los resultados obtenidos a partir de la entrevista con la trabajadora social del Centro de Día de Salud Mental Infanto-Juvenil, se va a proseguir con los datos obtenidos a partir de la entrevista a la profesora especializada en pedagogía terapéutica (PT en adelante) y la profesora técnica de servicios a la comunidad (PTCE en adelante) integrante en el equipo de orientación del CEIP Fernando el Católico. Las variables a analizar son:

Aspectos a mejorar en el sistema educativo español que dificulten el aprendizaje del alumnado con enfermedad mental.

Desde el punto de vista de la PT queda mucho camino por recorrer. Es necesario creer en la inclusión y en la desestigmatización de la enfermedad mental. Además, la implementación en las aulas de la nueva normativa que aboga por la inclusión presenta un poco de resistencia. Uno de los problemas principales, no reside en sí en la legislación, más bien en la escasa financiación para dotar a los colegios de recursos personales y materiales. Por otro lado, desde el punto de vista de la PTCE se considera que este tipo de alumnado es difícil de integrar, pero que depende mucho también de los estadios de la enfermedad.

Eficiencia de la educación inclusiva.

En esta cuestión, tanto la PT como la PTCE, tienen una opinión muy similar. La educación inclusiva es eficiente y está teniendo una buena evolución del tratamiento de la diversidad y necesidades educativas en la escuela, pero una de ellas destaca que queda mucho trabajo por delante.

Ambas coinciden en que la educación inclusiva tiene mayor efecto en edades tempranas (educación infantil y educación primaria). Según la PT, para que se de una mayor eficacia sería necesaria la existencia de un mayor número de recursos personas y una constante reflexión y revisión de los apoyos otorgados para que estos puedan ser contrastados con la evolución del niño/joven y favorecer así, su autonomía. Dar flexibilidad y adaptarse a las necesidades de cada alumno resulta complicado en los colegios y más aun, en un IES. Destaca que, en la educación inclusiva, la figura de un profesor-tutor con buena relación es clave para el buen desarrollo del alumno con necesidades específicas de apoyo.

Además, según el punto de vista de la PTCE la educación inclusiva puede enfrentarse a dificultades propias de la enfermedad mental, no porque el profesorado no esté especializado. En este aspecto difiere con la trabajadora social.

Grado de participación de las familias en el desarrollo del niño/joven con enfermedad mental.

En esta cuestión, ambas profesionales coinciden en que la familia es un papel fundamental. Según la PT en algunos casos se produce una sobreprotección, la cual tiene como consecuencia que los niños/jóvenes sean poco autónomos y, por ende, adultos muy dependientes. Por otro lado, desde el punto de vista de la PTCE existen diversos tipos de familias. Algunas muy implicadas que conocen las dificultades, otras que se dejan asesorar por profesionales y otras que no están capacitadas para formar parte del aprendizaje.

Actividades y metodologías utilizadas y su utilidad al finalizar la escolarización.

El objetivo de la educación es igual para todos. Así pues, ambas abogan por una metodología inclusiva. Lo importante sería que el niño/joven pudiera beneficiarse de lo programado para toda su aula y en los momentos en lo que se produzca una desestabilización, anticiparse lo más posible. Es necesario favorecer el autoconocimiento del niño para favorecer la autorregulación y la búsqueda de soluciones. Además, esta metodología favorece la finalización de la escolaridad cuando las patologías tratadas sean de gravedad media, por el contrario, es más complicado.

Oportunidades a nivel académico y profesional para niños/jóvenes con trastornos mentales graves de cara al futuro.

Cabe destacar que ambas profesionales coinciden que esta continuidad dependerá de diversos factores tanto internos como externos al propio niño/joven. Además, hacen especial mención a la familia, ya que será determinante la implicación de esta durante su proceso educativo. Así pues, desde el punto de vista de la PT, en la mayoría de los casos no existe una motivación propia hacia el estudio, pero las capacidades cognitivas que estos poseen se encuentran bastante conservadas. El papel de los/las orientadores/as del centro es muy importante durante esta etapa, aunque suele estar muy limitada. Igualmente, a parte del apoyo familiar, es necesario contar con apoyos adicionales para favorecer dicha continuidad. Si esto no es así, el alumno tiende al abandono a corto/medio plazo.

En edades de estudios postobligatorios va a influir las habilidades sociales que presenten, los niveles de autonomía que hayan conseguido, las relaciones sociales que mantengan, la estabilidad de la propia enfermedad que va a depender de una buena adherencia al tratamiento entre otras cosas, motivación y aspiraciones de futuro. Todo esto y los apoyos en los servicios comunitarios van a ser fundamentales para tomar una buena opción y continuarla sin llegar al abandono.

De cara al nivel profesional, se puede conseguir un buen resultado si se trabaja desde la edad temprana. Asimismo, pueden optar a trabajos adaptados a sus necesidades.

Para finalizar con la exposición de los resultados, con respecto a las oportunidades que se les brinda a niños/jóvenes con trastornos graves de salud mental, cabe destacar que en la actualidad el mercado laboral está pasando por una situación complicada, por lo que los puestos con carácter singular para este tipo de jóvenes van a estar más escasos y, quizás, peor remunerados. Sería idóneo dotar a los centros educativos de recursos personales, tales como orientadores o profesionales especializados en pedagogía terapéutica para actuar de la mejor manera posible en relación con este alumnado.

Cabe destacar que las oportunidades de un futuro profesional estable para cualquier joven español se están reduciendo muchísimo y para un joven que además presenta una patología mental las oportunidades se van a reducir todavía más. Esto va a generar en una mayor dependencia de las familias y en una gran problemática familiar y, por ende, social.

CONCLUSIONES

Finalmente, a partir del análisis cualitativo de las entrevistas realizadas y gracias a la revisión bibliográfica previamente hecha, se ha conseguido abordar los objetivos anteriormente mencionados.

No cabe duda de que el concepto de “salud mental” aún necesita unos buenos cimientos para asentarse de forma idónea en nuestra sociedad. Un tema que está creciendo, carece de una ley propia que ampare los derechos de las personas afectadas, habiendo en su lugar alternativas como planes estratégicos gestionadas por las propias Comunidades Autónomas.

En concreto, los jóvenes con trastornos graves mentales, no sólo se enfrentan a su enfermedad, sino que también tienen que ser capaces de compaginarla con su vida escolar. Este proceso resulta realmente complicado para todas las personas que se encuentran dentro de él, especialmente en ciclos educativos más avanzados, como puede ser la ESO.

En su mayoría, este tipo de alumnado no encuentra la motivación suficiente para continuar con sus estudios. Todo esto ligado a los propios obstáculos que la enfermedad crea. El principal apoyo con el que cuentan estos niños/jóvenes es la familia, y en diversas ocasiones esta se ve colapsada provocando un foco de estrés familiar.

Se podría decir, que el principal problema recae en la escasa financiación aportada por el sistema educativo para alcanzar la educación inclusiva. Si bien es necesario un apoyo económico para jóvenes y familiares, esta medida no supone la cura de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Abarco Rodríguez, A., Alpízar Rodríguez, F., Rojas Benavides, C., & Sibaja Quesada, G. (2013). Técnicas cualitativas de investigación. Costa Rica: UCR.
- Aroca Fons, L., Aroca Estellés, A., Cebrián Luján, A., Pasqual Zapater, M., Pérez Urios, C., Poveda Baños, M., . . . Sevilla Hurtado, R. (2015). INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR/A SOCIAL EN LAS UNIDADES DE APOYO DE SALUD MENTAL.
- AVIFES. (s.f.). Avifes. Obtenido de Enfermedad mental: <https://avifes.org/enfermedad-mental/>
- Barkley, R. (2006). Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender a sus necesidades especiales. Guía completa del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Barcelona: Paidós.
- Becerra, R. M., & Kennel, B. L. (2008). Elementos básicos para el Trabajo Social en salud mental. Buenos Aires: Espacio.
- Boletín Oficial de Aragón [BOA] Nº 22, ORDEN SAN/2193/2018, de 6 de noviembre, relativa a la coordinación y organización asistencial de Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón.
- Boletín Oficial de [BOA] Nº 116, ORDEN ECD/1005/2018, de 7 de junio, por la que se regulan las actuaciones de intervención educativa inclusiva.
- Boletín Oficial de Aragón [BOA] Nº 240, DECRETO 188/2017, de 28 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se regula la respuesta educativa inclusiva y la convivencia en las comunidades educativas de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- Casas López, P. (8 de Abril de 2018). El Trabajo Social en el campo del autismo. El Diario.
- Cardona, Á., Valencia, E., Duque, J., Londoño-Vásquez, D. (2015). Construcción de los planes de vida de los jóvenes: una experiencia de investigación en la vereda La Doctora, Sabaneta (Antioquia). Aletheia. Revista de Desarrollo Humano, Educativo y Social Contemporáneo, 7(2): 90-113. Disponible en <http://aletheia.cinde.org.co/index.php/ALETHEIA/article/view/257/209>
- Elia, J. (Marzo de 2019). Manual MSD. Obtenido de Esquizofrenia en niños y adolescentes: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-infantil/trastornos-de-la-salud-mental-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes/esquizofrenia-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes>
- Enríquez-Sánchez, H., & Ochoa-Madrigala, M. (2019). Espectro de la esquizofrenia en niños y adolescentes. Revista de la Facultad de Medicina UNAM, 9-23.
- Espín Jaime, J. C., & Belloso Roper, J. J. (2009). Estudio descriptivo de los niños y adolescentes nuevos vistos en un servicio de salud mental en el periodo de un año. Revista de la Asociación de Neuropsiquiatría., XXIX(104), 329-354.
- Flick, U. (2012). Introducción a la investigación cualitativa. Madrid: Ediciones Morata.
- Fundación CADAH. (s.f.). Fundación CADAH. Obtenido de Dificultades académicas de los niños con TDAH a lo largo de la escolarización: <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/dificultades-academicas-de-los-ninos-con-tdah-a-lo-largo-de-la-escolarizacion-.html>

- Garcés Trullenque, E. (2010). El Trabajo Social en Salud mental. En Cuadernos de Trabajo Social (Vol. 23, págs. 333-352). Zaragoza.
- Gómez Restrepo, C., Bohórquez, A., Tamayo Martínez, N., Rondón, M., Buatista, N., Rengifo, H., & Medina Rico, M. (2016). Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población de adolescentes colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50-57.
- Hall-Flaving, D. (s.f.). Mayo Clinic. Obtenido de mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/childhood-schizophrenia/symptoms-causes/syc-20354483
- Infocop. (8 de Mayo de 2018). Infocop Online. Obtenido de Salud mental en los centros educativos: un problema del que no se habla en la actualidad: infocop.es/view_article.asp?id=7449
- Lezcano Barbero, F. (12 de Marzo de 2013). Alumnado con enfermedad mental. La asignatura pendiente. *Educación*, 49(2), 245-266.
- Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre (BOE del 10 de diciembre), para la mejora de la calidad educativa (LOMCE).
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXVIII (101), 43-83.
- Marqués, S. (16 de Marzo de 2017). Los problemas de salud mental en la población escolar: asignatura pendiente. *El Diario de la Educación*.
- Martorell, A., Ayuso Mateos, J. L., Novell, R., Salvador-Carulla, L., & Tamarit, J. (2007). Servicio de Información sobre Discapacidad. Obtenido de Discapacidad intelectual y salud mental: Guía práctica: <https://sid.usal.es/19210/8-12>
- Mitos y realidades sobre salud mental* | *MentalHealth.gov*. (2017, 15 septiembre). MentalHealth. <https://espanol.mentalhealth.gov/basicos/mitos-hechos>
- Pascual-Castroviejo, I. (2007). Hiperactividad. ¿Existe frontera entre personalidad y patología? Madrid: Diaz de Santos.
- Rodríguez-Martín, A. (Comp.) (2017). *Prácticas Innovadoras inclusivas: retos y oportunidades*. Oviedo: Universidad de Oviedo
- Taylor, S., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Tellaeché Ituarte, A. (2017). *Prácticas del Trabajo Social Clínico*. Valencia: Nau Llibres.

ANEXOS

I. GUIÓN DE LAS ENTREVISTAS.

TRABAJADORA SOCIAL:

- 1- ¿Cuál es la función desde el perfil de trabajadora social en un centro de atención a la salud mental infanto-juvenil? ¿Qué tipo de intervención se realiza desde el papel de trabajo social con las familias de los niños/jóvenes?
- 2- ¿Cuál es el perfil de los niños/jóvenes que se atienden en el Centro de Día de Salud Mental Infanto-Juvenil?
- 3- ¿Qué formación específica debe tener un/a trabajador/a social para poder trabajar en el ámbito de la salud mental?
- 4- ¿Qué obstáculos les impone la sociedad a niños/jóvenes que padecen enfermedades mentales? ¿Consideras que tienen las mismas oportunidades escolares que niños/jóvenes sin patologías mentales previas?
- 5- ¿Consideras que el sistema educativo español está adaptado para niños/jóvenes con enfermedades mentales?
- 6- ¿Crees que las dificultades socioeconómicas de las familias con niños que presentan trastornos graves de salud mental influyen en el proceso de aprendizaje?
- 7- ¿A qué tipo de recursos y prestaciones (económicas, técnicas, etc.) acceden las familias y niños con enfermedades mentales? ¿Consideras que son suficientes? ¿Qué cambiarías o añadirías?
- 8- Al empezar a tratar la enfermedad mental desde una edad tan temprana (en general), ¿crees que en un futuro estos niños/jóvenes precisaran de mayor o menor atención desde el ámbito de salud mental?
- 9- ¿Consideras que el grado de participación de las familias en el desarrollo de los niños es suficiente? En el caso de que no lo fuera, ¿Qué mejorarías?

PROFESORA P.T. (Psicopedagoga Terapéutica) Y PROFESORA TÉCNICA DE SERVICIOS A LA COMUNIDAD:

- 1- ¿Qué aspectos hay que mejorar en el sistema educativo actual que puedan dificultar el proceso de aprendizaje de alumnos con enfermedad mental grave?
- 2- ¿Consideras que la educación inclusiva es eficiente? Es decir, se produce una inclusión/integración de estos niños dentro de las aulas?
- 3- Como calificarías en nivel de implicación/participación de las familias en el proceso de aprendizaje de estos niños/jóvenes.
- 4- ¿Cuáles son las actividades y metodologías utilizadas en el desarrollo de las clases? ¿Cuál es su utilidad de cara a finalizar su escolarización?
- 5- De cara al futuro, ¿qué oportunidades tienen a nivel académico de seguir con sus estudios? ¿Y a nivel profesional? ¿Consideras que es el mismo que tienen los niños/jóvenes sin patologías mentales previas?

II. ALUMNADO CON NECESIDAD ESPECÍFICA DE APOYO EDUCATIVO



ANEXO IV

ALUMNADO CON NECESIDAD ESPECÍFICA DE APOYO EDUCATIVO

1.- Alumnado con necesidad específica de apoyo educativo por presentar necesidades educativas especiales.

Requerimiento: la Red Integrada de Orientación Educativa evidencia el cumplimiento de los criterios establecidos y la necesidad de la aplicación de una actuación de intervención general y/o específica, para las siguientes condiciones:

CONDICIÓN	DESCRIPCIÓN	REQUERIMIENTO
Discapacidad auditiva	Alumnado con desviación o pérdida significativa en las funciones o estructuras corporales relacionadas con la audición que corresponda a una hipoacusia o sordera.	Requiere información emitida por ámbito sanitario competente o reconocimiento de la discapacidad por entidad pública competente, que complemente a la ofrecida por la Red Integrada de Orientación Educativa.
Discapacidad visual	Alumnado con desviación o pérdida significativa en las funciones o estructuras corporales relacionadas con la visión: baja visión, ceguera.	Requiere información emitida por ámbito sanitario competente o por la ONCE, o reconocimiento de la discapacidad por entidad pública competente, que complemente a la ofrecida por la Red Integrada de Orientación Educativa.
Discapacidad física: motora	Alumnado con alteraciones en la función motora por una causa localizada en el aparato óseo articular, muscular y/o nervioso.	Requiere información emitida por el ámbito sanitario competente o reconocimiento de la discapacidad por entidad pública competente, que complemente a la ofrecida por la Red Integrada de Orientación Educativa.
Discapacidad física: orgánica	Alumnado con alteraciones en funciones físicas consecuencia de problemas viscerales, es decir, referidos a los aparatos respiratorio, cardiovascular, digestivo, genitourinario, sistema endocrino-metabólico y sistema inmunitario.	Requiere información emitida por el ámbito sanitario competente o reconocimiento de la discapacidad por entidad pública competente, que complemente a la ofrecida por la Red Integrada de Orientación Educativa.
Discapacidad intelectual	Alumnado con limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en el comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico.	La Red Integrada de Orientación Educativa, tomando como referencia los sistemas diagnósticos internacionales, evidencia el cumplimiento de los criterios establecidos para la discapacidad intelectual. Esta información puede complementarse con la aportada por el ámbito sanitario competente o reconocimiento de la discapacidad por entidad pública competente.

csv: BOA20180618003



CONDICIÓN	DESCRIPCIÓN	REQUERIMIENTO
Pluridiscapacidad	Alumnado en el que concurre más de una discapacidad.	La Red Integrada de Orientación Educativa tomando como referencia los sistemas diagnósticos internacionales, evidencia el cumplimiento de los criterios establecidos para las discapacidades que concurren. Esta información debe complementarse con la aportada por el ámbito sanitario competente o reconocimiento de la discapacidad por entidad pública competente.
Trastorno grave de conducta	Alumnado que presenta trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta que se manifiestan con problemas en el autocontrol del comportamiento y las emociones que se traducen en conductas que violan los derechos de los demás o llevan al individuo a conflictos importantes frente a las normas de la sociedad o figuras de autoridad.	La Red Integrada de Orientación Educativa, tomando como referencia los sistemas diagnósticos internacionales, evidencia el cumplimiento de los criterios establecidos para este tipo de trastornos. Esta información puede complementarse con el informe facultativo aportado por el ámbito sanitario o reconocimiento de la discapacidad por entidad pública competente.
Trastorno del espectro autista	Alumnado con deficiencias persistentes en la comunicación e interacción social en diversos contextos y con patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades.	La Red Integrada de Orientación Educativa, tomando como referencia los sistemas diagnósticos internacionales, evidencia el cumplimiento de los criterios establecidos para el trastorno del espectro autista. Esta información puede complementarse con el informe facultativo aportado por el ámbito sanitario competente o reconocimiento de la discapacidad por entidad pública competente.
Trastorno mental	Alumnado con patrón persistente de comportamiento alterado que puede deberse a distintos trastornos mentales	Requiere información emitida por el ámbito sanitario competente o reconocimiento de la discapacidad por entidad pública competente, que se completa con la ofrecida por la Red Integrada de Orientación Educativa. En relación con la identificación inicial de este trastorno en el contexto educativo, la Red Integrada de Orientación Educativa remitirá la información que consideren pertinente a través de la familia al servicio médico competente.

csv: BOA20180618003

19709

19710

Núm. 116

Boletín Oficial de Aragón

18/06/2018

Núm. 116

Boletín Oficial de Aragón

18/06/2018

CONDICIÓN	DESCRIPCIÓN	REQUERIMIENTO
Trastorno del lenguaje	Dificultades persistentes, a partir del inicio de la Educación Primaria, en la adquisición y uso del lenguaje en todas sus modalidades debido a deficiencias de la comprensión o la producción (vocabulario reducido, estructura gramatical limitada y deterioro del discurso). Las capacidades del lenguaje están por debajo de lo esperado para la edad, lo que produce limitaciones funcionales en la comunicación eficaz, la participación social, los logros académicos o el desempeño laboral. No es atribuible a deterioro auditivo o sensorial de otro tipo, a disfunción motora u otra afección médica o neurológica (salvo en el caso de la afasia), o a discapacidad intelectual o retraso global del desarrollo.	La Red Integrada de Orientación Educativa, tomando como referencia los sistemas diagnósticos internacionales, evidencia el cumplimiento de los criterios establecidos para este trastorno. Esta información puede complementarse con la aportada por el ámbito sanitario competente o reconocimiento de la discapacidad por entidad pública competente. En el caso de afasia, requiere información emitida por el ámbito sanitario o reconocimiento de la discapacidad por entidad pública competente, que complete a la ofrecida por la Red Integrada de Orientación Educativa.
Retraso global del desarrollo	Alumnado que no cumple con los hitos del desarrollo esperados en varios campos del funcionamiento intelectual y con los que no se puede llevar a cabo una valoración sistemática de dicho funcionamiento intelectual. La condición "retraso global del desarrollo" únicamente se atribuirá al alumnado que cursa la etapa educativa de educación infantil. Al finalizar esta etapa, la Red Integrada de Orientación Educativa revisará la evolución del alumno o alumna y determinará el tipo de discapacidad que genera sus necesidades educativas, en el caso de que éstas persistan.	La Red Integrada de Orientación Educativa, evidencia el cumplimiento de los siguientes criterios: a.- Una edad cronológica inferior a 5 años. b.- Presentar una de las dos condiciones siguientes: <ul style="list-style-type: none"> Un cociente de desarrollo global que, expresado en puntuaciones típicas, sea igual o inferior a dos desviaciones típicas. Un cociente de desarrollo que, expresado en puntuaciones típicas, sea igual o inferior a dos desviaciones típicas en dos, como mínimo, de las siguientes áreas del desarrollo: motora, comunicativa, cognitiva; personal/social y adaptativa. c.- Las características personales manifestadas no son atribuibles a alguna discapacidad claramente identificable.

19711

csv: BOA20180618003

Núm. 116

Boletín Oficial de Aragón

18/06/2018

2.- Alumnado con necesidad específica de apoyo educativo por presentar dificultades específicas de aprendizaje.

Requerimiento: la Red Integrada de Orientación Educativa evidencia el cumplimiento de los criterios establecidos y la necesidad de la aplicación de una actuación de intervención específica, a partir del inicio de la Educación Primaria, para las siguientes condiciones:

CONDICIÓN	DESCRIPCIÓN
Trastorno específico del aprendizaje de la lectura	Alumnado con dificultad específica del aprendizaje de la lectura de base neurobiológica, que afecta de manera persistente a la decodificación fonológica (exactitud lectora) y/o al reconocimiento de palabras (fluidez lectora), interfiriendo en la comprensión lectora y en el rendimiento académico con un retraso lector de al menos dos años. Suele ir acompañado de problemas en la escritura. La dificultad de aprendizaje es resistente a la intervención y no puede ser explicada por discapacidad sensorial, física o intelectual ni por falta de oportunidades para el aprendizaje o por factores socioculturales.
Trastorno específico del aprendizaje de la expresión escrita.	Alumnado con dificultad específica del aprendizaje de la escritura que afecta a la exactitud en la escritura de palabras (corrección ortográfica), a la sintaxis (corrección gramatical y de la puntuación), composición (claridad y organización de la expresión escrita) o a los procesos grafomotores. El retraso en la escritura debe ser de al menos dos años. La dificultad de aprendizaje es resistente a la intervención y no puede ser explicada por discapacidad sensorial, física, motora o intelectual ni por falta de oportunidades para el aprendizaje o por factores socioculturales.
Trastorno específico del aprendizaje matemático	Alumnado con dificultad específica del aprendizaje del cálculo que se manifiesta en dificultades para aprender a contar; para desarrollar y comprender conceptos matemáticos y sus relaciones; retener, recordar y aplicar datos y procedimientos de cálculo y/o dificultades con el razonamiento matemático para analizar problemas matemáticos, resolverlos y hacer estimaciones del resultado. Las dificultades no son esperables para la edad del niño (al menos dos años de retraso) e interfieren de forma significativa en el progreso de aprendizaje de las matemáticas. La dificultad de aprendizaje es resistente a la intervención y no puede ser explicada por discapacidad sensorial, física, motora o intelectual ni por falta de oportunidades para el aprendizaje o por factores socioculturales.
Capacidad intelectual límite	Alumnado que no manifiesta discapacidad intelectual, pero presenta unas aptitudes afectadas sustancialmente y en grado cuantificable por debajo de lo esperado para la edad cronológica del individuo. Las dificultades interfieren significativamente en el rendimiento académico y en las habilidades adaptativas propias de la edad y se confirman con pruebas estandarizadas administradas individualmente (su nivel intelectual se sitúa entre una y dos desviaciones típicas por debajo de la media de su edad). Las demandas de las aptitudes académicas afectadas superan las capacidades limitadas del individuo.
Otros trastornos de la comunicación diferentes al trastorno del lenguaje	Alumnado con dificultades en el habla (articulación, fluidez y voz) y en la comunicación social (comportamiento verbal o no verbal que influye en el comportamiento, ideas o actitudes de otro individuo) que repercuten de forma significativa en el rendimiento escolar y en su interacción social.

19712

csv: BOA20180618003

Núm. 116

Boletín Oficial de Aragón

18/06/2018



3.- Alumnado con necesidad específica de apoyo educativo por TDAH.

Requerimiento: la Red Integrada de Orientación Educativa, tomando como referencia los sistemas diagnósticos internacionales, evidencia el cumplimiento de los criterios establecidos para el TDAH y la necesidad de la aplicación de una actuación de intervención específica. Esta información puede complementarse con la aportada por el ámbito sanitario competente.

CONDICIÓN	DESCRIPCIÓN
Trastorno por déficit de atención/hiperactividad	Alumnado que, a partir del inicio de la Educación Primaria, presenta un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que no concuerda con el nivel de desarrollo (es más frecuente y grave que el observado en el alumnado de su edad) y que interfiere de forma significativa en el funcionamiento social, académico o laboral, o reduce la calidad de los mismos. Estos síntomas deberán estar presentes en dos o más contextos (casa, escuela, trabajo, amigos, otras actividades) y varios de ellos haber aparecido antes de los doce años de edad, no estando motivados por otro tipo de trastornos claramente definidos, relacionados con el comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones.

4.- Alumnado con necesidad específica de apoyo educativo por altas capacidades.

Requerimiento: la Red Integrada de Orientación Educativa evidencia el cumplimiento de los criterios establecidos y la necesidad de la aplicación de una actuación de intervención específica para los siguientes perfiles.

PERFIL	DESCRIPCIÓN
Superdotación	Alumnado que, a partir de los 12/13 años de edad, dispone de una capacidad intelectual globalmente situada por encima del percentil 75 en todos los ámbitos de la inteligencia tanto convergente como divergente, incluyendo distintas aptitudes intelectuales como razonamiento lógico, gestión perceptual, gestión de memoria, razonamiento verbal, razonamiento matemático y aptitud espacial.
Talentos simples y complejos	Alumnado que muestra una elevada aptitud, habilidad o competencia en un ámbito específico por encima de un percentil 95, como el verbal, matemático, lógico o creativo, entre otros. La combinación de tres o más aptitudes específicas que puntúan por encima de un percentil 80 da lugar a talentos complejos.
Precocidad	Alumnado de edad inferior a los 12/13 años de edad que presenta las características mencionadas para la superdotación intelectual o para los talentos simples o complejos, los cuales una vez que se alcance la maduración de su capacidad intelectual, pueden o no confirmarse.

csv: BOA20180618003

19713

Núm. 116

Boletín Oficial de Aragón

18/06/2018



5.- Alumnado con necesidad específica de apoyo educativo por incorporación tardía al sistema educativo.

Requerimiento: la Red Integrada de Orientación Educativa evidencia la necesidad de la aplicación de una actuación de intervención específica para el alumnado con una competencia lingüística en español inferior al nivel B 1 del Marco Común Europeo para las lenguas o un desfase curricular significativo o riesgo evidente de padecerlo, por incorporarse tardíamente al sistema educativo, por cualquier causa, en las etapas correspondientes a la escolarización obligatoria. No puede considerarse la tipología de incorporación tardía para el alumnado de Educación Infantil, el alumnado que, con seis años, se incorpore al primer curso de Educación Primaria ni el alumnado que lleve dos cursos completos escolarizado en España.

6.- Alumnado con necesidad específica de apoyo educativo por condiciones personales o de historia escolar.

Requerimiento: la Red Integrada de Orientación Educativa evidencia el cumplimiento de los criterios establecidos para las siguientes condiciones y la necesidad de la aplicación de una actuación de intervención específica.

CONDICIÓN	DESCRIPCIÓN
Condiciones de salud tanto física como emocional	Alumnado cuyas condiciones de salud física o emocional pueden dificultar de manera significativa tanto el aprendizaje como la asistencia normalizada al centro docente. Se requiere informe facultativo emitido por ámbito sanitario competente.
Circunstancias de adopción, acogimiento, protección, tutela o internamiento por medida judicial	Alumnado que, por las circunstancias expuestas, presenta desfase curricular significativo a pesar de las actuaciones adoptadas, o dificultades graves de adaptación escolar.
Situación de desventaja socioeducativa	Alumnado que, por las circunstancias de índole socioeducativo, presenta desfase curricular significativo a pesar de las actuaciones adoptadas, o dificultades graves de adaptación escolar.
Escolarización irregular o absentismo escolar	Alumnado que, por las circunstancias expuestas, presenta desfase curricular significativo a pesar de las actuaciones adoptadas, o dificultades graves de adaptación escolar.
Alumnado deportista adscrito a programas de tecnificación deportiva o de alto rendimiento autorizados por el Gobierno de Aragón	Alumnado que acredite la condición de deportista de alto nivel o alto rendimiento por el Consejo Superior de Deportes según establece el Real Decreto 971/2007, de 13 de julio, sobre deportistas de alto nivel y alto rendimiento. Alumnado que acredite la condición de deportista aragonés de alto rendimiento por el Gobierno de Aragón según establece el Decreto 396/2011, de 13 de diciembre, sobre deporte aragonés de alto rendimiento. Alumnado que participe en programas de tecnificación deportiva del Gobierno de Aragón, o de las federaciones deportivas aragonesas que cuenten con el informe favorable de la Dirección General competente en materia de deporte del Gobierno de Aragón.
Altas capacidades artísticas	Alumnado que presenta capacidades significativamente superiores en alguna aptitud artística. Las capacidades artísticas vendrán determinadas por el profesorado competente en dichas enseñanzas y serán acreditadas por la Dirección General competente en materia de enseñanzas artísticas.

Ámbito sanitario competente: se entiende por ámbito sanitario competente a los servicios médicos de la especialidad que corresponda pertenecientes al servicio público de la salud o entidades análogas.

Entidad pública que emita informes de reconocimiento de discapacidad: hace referencia a organismos públicos entre cuyas competencias se establece la valoración y determinación del grado de discapacidad.

csv: BOA20180618003

19714

Núm. 116

Boletín Oficial de Aragón

18/06/2018

III. MODELO ADAPTACIÓN CURRICULAR NO SIGNIFICATIVA (CEIP ALTO ARAGÓN)

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:	
ALUMNO/A:	
CURSO:	
AÑO ACADÉMICO:	
ÁREAS DE ADAPTACIÓN:	

2. TIPO DE ADAPTACIÓN REALIZADA:					
----------------------------------	--	--	--	--	--

LCYL	MAT	CN	CS	ING	2.1. DE ACCESO AL CURRÍCULUM.
					Se han empleado recursos y materiales específicos.
					Se proporciona, en ciertos momentos, un apoyo específico del profesor.
					Se utiliza un compañero de clase como apoyo o tutor.
					Se han eliminado barreras arquitectónicas.
					Otras:

LCYL	MAT	CN	CS	ING	2.2. CONDICIONES METODOLÓGICAS Y ORGANIZATIVAS.
					Ubicación estratégica en el aula para compensar sus dificultades, propiciar su participación en la dinámica general del grupo, focalizar su atención, etc.
					Se han introducido actividades individuales, (alternativas o complementarias) para conseguir objetivos comunes al grupo de referencia.
					Se han introducido actividades de refuerzo o ampliación.
					Se han diseñado actividades más breves, graduadas, secuenciadas y/o más estructuradas.
					Se ha adaptado el número de actividades, según su ritmo de aprendizaje.
					Se han eliminado actividades en las que se considera que el alumno no se beneficia, no le aportan nada o no puede participar de forma activa.
					Se ha utilizado con el alumno: simplificación de las instrucciones, explicaciones específicas, uso de apoyos visuales y manipulativos, etc.
					Se ha realizado un seguimiento o tutorización individualizado (revisión agenda, programa de modificación de conducta...)
					Se han llevado a cabo agrupamientos flexibles de los que se ha beneficiado.
					Se han realizado desdobles de grupos.
					El alumno se ha beneficiado del apoyo en grupo ordinario dentro del aula.
					El alumno se ha incorporado al aula de apoyo para reforzar objetivos comunes a su grupo de referencia.
					Otras:

IV. MODELO ADAPTACIÓN CURRICULAR SIGNIFICATIVA (CEIP ALTO ARAGÓN)

DATOS PERSONALES: Nombre y Apellidos: Fecha de nacimiento: Año académico: 201__ - 201__ Curso en el que está matriculado/a: Tutor/a:	
--	--

ÁREA/S ADAPTADA/S:	
NIVEL QUE CORRESPONDE AL ÁREA/S ADAPTADA/S:	

PROPUESTA DE ADAPTACIÓN CURRICULAR SIGNIFICATIVA: Ver documentos anexos
--

ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS UTILIZADAS:
--

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DEL ÁREA: Los señalados en la programación correspondiente al nivel del área adaptada.

FECHA DE ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO:
DURACIÓN PREVISTA: Curso académico
SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DE LA ADAPTACIÓN:
CONTINUACIÓN O NO DE LA ADAPTACIÓN:

En Barbastro a de de 201

El tutor/a .

Fdo.: .